

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**O ESTIGMA E A EXCLUSÃO SOCIAL: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

Mauricio Fagundes dos Santos Moreira

Lajeado, dezembro de 2015

Mauricio Fagundes dos Santos Moreira

O ESTIGMA E A EXCLUSÃO SOCIAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Curso de Enfermagem, do Centro
Universitário UNIVATES, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a MS Eliane Lavall

Lajeado, dezembro de 2015

RESUMO

O presente trabalho aborda as características do estigma e exclusão social no contexto da saúde mental. Trata-se de uma revisão bibliográfica, em que os dados foram coletados na base de dados virtuais Scielo, com artigos nacionais publicados nos últimos dez anos. A análise e interpretação dos dados foram realizadas a partir do método de Cooper (1982). Foram analisados 15 artigos para discussão, aplicando o processo de exclusão. Entre as características do estigma e exclusão social no contexto da saúde mental foram encontrados: o estigma como uma marca, a sua interferência na qualidade de vida e o adoecimento do indivíduo. Já sobre a exclusão social aponta-se como características: presença na própria família, o rompimento com a vida em sociedade, a falta de amizades, e a relação com o trabalho, que afastam a pessoa com algum transtorno mental do meio social. Esta revisão tem como objetivo contribuir com os profissionais de saúde a aprimorar seus conhecimentos, ampliar as reflexões sobre as suas atividades, visando melhorar as relações, vínculos e condutas destes profissionais com os pacientes que apresentam algum transtorno mental.

Palavras-chave: Estigmas. Loucura. Doença mental. Exclusão social.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	05
2 OBJETIVO	08
2.1 Objetivo geral.....	08
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	09
3.1 Estigma, preconceito e exclusão: aspectos históricos.....	09
3.2 Estigma e exclusão no contexto da história da loucura e doença mental...10	
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Primeira etapa: Formulação do problema.....	21
4.3 Segunda etapa: Coleta de dados.....	21
4.4 Terceira etapa: Avaliação dos dados.....	22
4.5 Quarta etapa: Análise e interpretação dos dados.....	22
4.6 Quinta etapa: Apresentação dos resultados.....	22
4.7 Aspectos éticos.....	23
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	24
5.1 O estigma no contexto da saúde mental.....	28
5.2 A exclusão social e suas características em relação à saúde mental.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36

REFERÊNCIAS.....	38
------------------	----

APÊNDICES.....	42
----------------	----

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, será realizada uma pesquisa bibliográfica sobre as características do estigma e da exclusão social no contexto da saúde mental. Entende-se que nos diversos serviços de saúde, em geral, os pacientes com transtornos psiquiátricos têm sido vistos com uma “marca histórica”, o estigma, muitas vezes tratados de forma preconceituosa e de exclusão social.

O termo estigma teve sua primeira definição pelo povo grego, que tinha bastante conhecimento de recursos visuais e o usava para referir-se a sinais corporais, com os quais procuravam evidenciar algo extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os detinha. Estes sinais eram feitos com cortes ou com fogo no corpo para identificar um escravo, um criminoso ou um traidor. Na atual conjuntura, este termo é mais aplicado à própria desgraça do que a sua evidência corporal (GOFFMAN, 2008).

Goffman (2008) menciona três tipos de estigmas que se diferem. O primeiro relata as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. O segundo estigma está ligado às culpas de caráter individual que abrangem paixões tirânicas, crenças falsas, desonestidade, prisão, vícios, alcoolismo, desemprego, tentativas de suicídio e distúrbio mental. E por fim, traz os estigmas tribais de raça, nação e religião.

Os indivíduos, estigmatizados ao longo dos séculos, foram sendo segregados e afastados do convívio do restante da sociedade vista como “normal”. Por este

motivo que os hospitais psiquiátricos (manicômios) eram construídos em locais afastados geograficamente, mantendo os indivíduos distantes do convívio social. A repressão, vigilância e punição às pessoas com transtornos mentais eram as características da assistência prestada a elas, e, na maioria das vezes, de forma violenta e sem dignidade. (TOWSEND et al, 2002)

O estigma pode manifestar-se através de expressões e palavras depreciativas, uma atitude que demonstre o sentimento de pena exagerada, podendo também gerar sentimentos de baixa autoestima e insegurança nas pessoas com doença mental (GOFFMAN, 2008).

No contexto da história da loucura, o estigma provocou a exclusão das pessoas consideradas “loucas” do meio social, sendo estas afastadas da família e da sociedade.

Na obra *História da Loucura*, Michel Foucault (2010) relata que a instituição psiquiátrica, construção do século XVIII, tornou-se um emblema da exclusão e do sequestro da cidadania e, até mesmo, da vida dos pacientes portadores de transtornos mentais, sendo que os profissionais estavam descomprometidos com o cuidado à saúde e com a reinserção psicossocial destes indivíduos.

Nesse modelo de atenção, o paciente era visto como doente, e o tratamento ocorria por meio de fármacos. As relações institucionais eram piramidais ou verticais, poucos dominavam e a maioria obedecia. O poder e o saber eram estratificados. Os usuários estavam excluídos de qualquer participação que não fosse de objeto inerte e mudo. O doente mental era um excluído que, conforme o contexto histórico, "jamais poderia opor-se a quem o excluía, porque todo o seu ato estava circunscrito e definido pela doença" (BASAGLIA, 2005a, p. 38).

Durante as aulas teóricas de Saúde Mental I, do Curso de Enfermagem da Univates, foi possível perceber o quanto a exclusão e o estigma estão diretamente associados ao conceito da loucura, e de que forma isso foi se construindo historicamente ao longo dos séculos. Também nas vivências práticas dos diversos estágios observa-se que o preconceito às pessoas com doenças mentais pelos

profissionais da saúde pode interferir no bom atendimento e numa intervenção adequada. Algumas expressões presenciadas fizeram refletir sobre como profissionais que estudaram e tiveram, em algum momento de sua caminhada acadêmica, debates ou disciplinas que os fizessem obter algum conhecimento da complexidade dos pacientes com doença mental adotam tal postura.

Por todo este contexto, surgiram alguns questionamentos: De que forma a exclusão social e o estigma influenciam a vida dos portadores de transtorno mental? Como se caracteriza o estigma e a exclusão social no cotidiano da saúde mental?

Acredita-se que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades para identificar, atender e dar a devida atenção as pessoas com problemas mentais, sendo o cuidado influenciado pelo estigma e exclusão social, construídos historicamente em relação à pessoa com doença mental.

Entende-se que a enfermagem apresenta um papel importante na assistência a pessoas com doenças mentais em qualquer estabelecimento de saúde, incluindo a rede hospitalar, sendo necessário desmistificar a conotação negativa do conceito de loucura e procurar comprometer a sociedade a partir desse meio complexo que é a mente humana.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar características do estigma e exclusão social no contexto da Saúde Mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Estigma, preconceito e exclusão: aspectos históricos

Os gregos criaram o termo estigma, referindo-se a sinais corporais, que evidenciassem algo diferente, extraordinário ou mau sobre o indivíduo que o possuía. Estes sinais eram feitos com cortes ou fogo, em locais públicos para que todos soubessem que o portador deste sinal era um criminoso, traidor ou escravo. Na Era Cristã, o termo ganhou mais dois significados, um dizia que estes sinais corporais era uma graça divina, e o outro ligado a uma alusão médica caracterizada por um distúrbio físico (GOFFMANN, 2008).

Atualmente, o estigma é considerado um fenômeno complexo e, ainda que permaneça vinculado à concepção original, ele se amplia, incluindo em sua definição, além de marcas corporais, características e atributos subjetivos. Goffman (1988) afirma que o estigma é uma relação entre atributo e estereótipo, sendo o atributo profundamente depreciativo e fundamentado nas representações sociais que as pessoas têm de determinados fenômenos, nesse caso a saúde mental.

Goffman (2008) cita três tipos de estigmas físicos. O primeiro, relacionado às abominações do corpo, deformidades físicas. O segundo, no que tange o caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas, crenças falsas, desonestidade, ligadas ao distúrbio mental, prisão, vícios, alcoolismo, desemprego, homossexualismo e tentativas de suicídio. E por último, os estigmas tribais de raça, nação e religião. Estes três tipos ligados a pessoa que sofre com o estigma.

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma, não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria de estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original (Goffman, 2008, p.15).

Segundo Oliveira (2012) em artigo publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva*, a questão do estigma, do preconceito, dos sentimentos de exclusão e isolamento estão muito presentes no cotidiano das pessoas com transtorno mental.

No que tange a expressão exclusão, na década de 1960, o termo já era utilizado na França referindo-se ao fenômeno de marginalidade que se observava nas sociedades contemporâneas. Na década de 1970, o livro *Os excluídos: um em cada dez franceses*, do francês René Lenoir, passa então a ser considerado o marco do termo exclusão social, com uma conotação mais semelhante à contemporânea de inadaptação social (ZIONI, 2006).

Assim, percebe-se que o estigma, preconceito e exclusão surgem junto com a história da loucura e das doenças mentais, refletindo nas relações dos profissionais de saúde e dos pacientes que sofrem estes estigmas, construídos há muitos anos e que, com os movimentos de reforma psiquiátrica, obtiveram seus primeiros alentos para a redução do sofrimento enfrentado pela pessoa com algum tipo de transtorno mental.

3.2 Estigma e exclusão no contexto da história da loucura e doença mental

A história da loucura apresenta-se repleta de marcas e exclusões sociais, que, no decorrer dos tempos, foi tomando forma e atualmente reflete nas relações sociais vivenciadas.

Para Townsend et. al (2002) é difícil definir um conceito universal para doença mental, devido a vários fatores culturais que influenciam nesta definição. O autor

ainda acrescenta que a doença mental pode ser caracterizada como um desajuste de estresse do ambiente interno ou externo, que são evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos, que não são normais para a sociedade e interferem no seu relacionamento social.

Segundo o mesmo autor, o indivíduo com distúrbio mental, tinha a sua alma removida, e sua cura só viria se a mesma retornasse para o corpo. Ainda relata que Hipócrates, por volta de 400 a.C, tenta afastar estas crendices sobrenaturais, procurando definir que a doença mental é o desequilíbrio de líquidos corporais. Mesmo assim, na Idade média (500 a 1500 d.C), a doença mental continuava associada à feitiçaria e eventos sobrenaturais.

Só através da história e dos conceitos de saúde mental é que podemos ter a dimensão e o entendimento de tantas marcas deixadas na vida dos pacientes com doença mental.

O primeiro hospital dos Estados Unidos a atender pessoas com doença mental foi na Filadélfia, em meados do século XVIII. Benjamin Rush, também conhecido como o pai da psiquiatria norte-americana, era o médico responsável deste hospital. Benjamin estabeleceu um tratamento e cuidado humanitário a estas pessoas, mas utilizava alguns métodos severos como sangrias, purgativos, contenções físicas, refletindo o tratamento médico da época (Townsend et. al, 2002).

Para Tundis e Costa (2007), a psiquiatria no Brasil encontra uma grande dificuldade de se mostrar como realmente foi para a sociedade e cita como exemplo a falta de informações sobre os pacientes, a eficácia dos diversos tratamentos e intervenções aplicadas. Eles trazem a tendência de manter esta história escondida, dificultando a vida do pesquisador, que depara-se com a falta de conteúdo, que permitiria mapear a situação do doente mental no Brasil.

Já na época em que o Brasil era colônia de Portugal, a doença mental passou de certa forma despercebida, em função da formação dos grandes centros e do fraco acúmulo de pessoas nestes locais:

O doente mental, pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, mas logo teve esta liberdade cerceada e seu sequestro exigido, levado de roldão na repressão e indivíduos ou grupos de indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em ameaça a esta mesma ordem (TUNDIS e COSTA, org. 2007, pag. 29).

Através da pressão da industrialização e urbanização, que exigia providências das autoridades a respeito da circulação destes doentes mentais, em 1852, D. Pedro II inaugurou o primeiro hospício brasileiro, situado na cidade do Rio de Janeiro, e que recebeu o seu nome, com capacidade para 350 pacientes e recebia pessoas de todo o território imperial. Em menos de um ano já estava lotado. Assim, mais asilos foram sendo abertos, que refletia na necessidade de mais investimentos e mais leitos. A administração destes hospitais passou para a Santa Casa de Misericórdia. A localização destes manicômios era sempre o mais afastado dos olhos da sociedade e de difícil acesso, com a explicação de que era necessário um local calmo e que dificultasse as fugas. A exclusão era a palavra que descrevia a assistência prestada pela psiquiatria brasileira (TUNDIS e COSTA, 2007).

Miranda (1994) cita que, neste contexto, surge a Enfermagem Psiquiátrica, não para exclusivamente atender estes pacientes e sim controlar e vigiar seus passos, viabilizando o manicômio. Cita ainda que remover e excluir eram as palavras chave dos primeiros quarenta anos dos hospitais psiquiátricos. As denúncias de maus tratos, superlotação, baixa qualificação e brutalidade dos atendentes, somada à falta de assistência médica junto aos pacientes internados, gerava a ruptura destes indivíduos do meio social.

Na década de 50, a situação nos hospitais psiquiátricos chegou ao seu momento mais caótico. Segundo Maia (aput. Tundis e Costa, 2007), no Hospital São Pedro de Porto Alegre havia três mil pacientes, mas sua capacidade máxima deveria ser de mil e setecentos pacientes internados. A superlotação e maus tratos eram piores que os mais deficientes presídios do país.

Baságlio (1985) relata que o doente mental é, sobretudo, doente por ser um excluído, sem direitos, abandonado por todos, dito como não-homem. Que eram jogados nos asilos com suas imposições, violências, abusos e mortificações, com o

aval da ciência, sempre a serviço das classes dominantes, que os classificavam como perigosos e imprevisíveis, impondo-lhes, como única alternativa, a morte civil.

A má qualidade de assistência às pessoas com doença mental, a superlotação das instituições psiquiátricas, através da comercialização da loucura e cronificação do doente mental, retratam como o Brasil na década de 70 realizava a assistência psiquiátrica, principalmente pelo modelo médico prestado nos manicômios. (VILLELA e SCATENA, 2004).

Antes de relatar a reforma psiquiátrica no Brasil, houve um grande movimento anti-manicomial principalmente na Europa e nos Estados Unidos, denominado por muitos autores como a desinstitucionalização.

Na busca de alternativas para os manicômios, Desviat (1999) relata que se pretende-se a sua transformação em uma instituição terapêutica, aqui ele cita o caso da psicoterapia institucional e da comunidade terapêutica, ou se propõe o seu fechamento como uma condição inicial da reforma, como é o caso da psiquiatria territorial italiana ou da desinstitucionalização nos Estados Unidos.

O primeiro passo da desinstitucionalização citado por Rotelli (2001) consistia no fato de que não se pretendia enfrentar a complexidade da doença, mas sim, adotar a direção de uma intervenção prática que remontasse a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental tivesse um novo foco, e que a sociedade fizesse parte deste processo de desconstrução manicomial e não só de sua estrutura. (ROTELLI et al, 2001).

A transformação e a destruição dos hospitais psiquiátricos não é uma obra que percorre etapas pré-constituídas e lineares. Se existem semelhanças entre experiências de vários países, tal fato deve-se a muitos motivos, entre os quais a existência de algumas premissas comuns a cada renovação psiquiátrica. Estas premissas se resumem, em geral, na recusa da violência e das funções hierárquicas tradicionais que apresentavam-se como único tratamento, antes dos movimentos de reforma psiquiátrica. (CARVALHO, org. 1994).

Amarante (1994) relata que a II Grande Guerra (1939 – 1945) alterou as condições socioeconômicas e a política mundial, principalmente a do continente europeu. Os Estados Unidos, país indiretamente protegido por não constituir o cenário dos conflitos militares, não sofreu este desgaste de imediato, que repercutiu em todos os níveis sobre os países europeus. Estes se viram, de um momento para o outro, privados de boa parte de sua mão-de-obra ativa, que sustentava o andamento da vida das nacionalidades, o que gerou fissuras profundas nas estruturas econômicas desses países (CARVALHO, 1994).

Nesta conjuntura, elevou-se absurdamente o custo de vida nos grandes centros europeus e os extermínios provocados pela fome, pelo frio e pelas privações se avolumaram. Só na França registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados (CARVALHO, org. 1994).

Basaglia (1985), em sua obra intitulada *A instituição negada*, cita que, em 1925, autores franceses reuniram-se, e encaminharam aos diretores dos manicômios uma carta, em que relatavam que no dia seguinte ao visitar os doentes mentais, deveriam estar despidos de seus conhecimentos e abertos para um diálogo com os pacientes, deixando de lado os seus preconceitos e encarando a loucura como de fato ela se mostra e como se sentem, proporcionando um diálogo de ir e vir.

Quarenta anos depois a situação continua praticamente a mesma, ligados que estamos, na maioria dos países europeus, a uma lei antiga que ainda não se definiu entre os caminhos da assistência, da segurança, da piedade e do medo. A vida dos internados, para os quais Pinel já reclamava calorosamente o direito à liberdade, continua regulada por limites obrigatórios, burocracia e autoritarismo impostos pelos que pensam a saúde como um todo (BASAGLIA, 1985).

Para Basaglia (1985) parece que só depois deste período que os psiquiatras começaram a entender que o primeiro passo para a cura do doente mental é a volta à liberdade, eis que esta mesmo era controlada e retirada pelos próprios médicos. Com tudo, a organização do espaço fechado em que o doente mental esteve isolado

durante muitos séculos, os médicos tinham um único papel que era o de controlador, de moderador dos excessos ocasionados pela doença e de tutor interno dos manicômios.

Na caminhada para a reforma psiquiátrica na Europa, muitos caminhos foram percorridos, e as questões econômicas faziam parte desta trajetória, pois tudo está interligado, os profissionais e sociedade também incluem-se nesta transformação.

As internações psiquiátricas dos anos 60 na Europa se propunham a:

{...} atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade e do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, e a reabilitação. Foi nesta perspectiva que multiplicaram-se as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e construir um filtro contra hospitalizações ulteriores (ROTELLI et al, 2001, p. 20).

Rotelli et al. (2001) citam que o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, estão os pacientes. No trabalho de desconstrução do manicômio, a transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; reestabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso às relações sociais.

Os autores ainda salientam outro ponto: a transformação da relação de poder entre os pacientes e a instituição. Este é um processo que intervém em longa escala e deve incidir também no sistema jurídico, quem conduziu as experiências de desinstitucionalização desenvolveu uma atenção dita obsessiva, à progressiva objetivação dos novos estatutos, passo a passo determinados, e pra fazer com que fossem reconhecidas primeiro as legitimidades administrativas, depois as jurídicas. O doente torna-se cidadão de pleno direito e muda, com isto, a natureza do contrato com os serviços, na busca de uma ressocialização.

Os autores supracitados (2001) relatam a desinstitucionalização italiana que utilizou os recursos já existentes nos manicômios. As portas que antes estavam fechadas agora estão abertas, o que acabou gerando uma cadeia de mudanças. Se antes o tratamento dos doentes mentais era velado, o novo processo iniciou um desencadeamento onde toda a sociedade participa do tratamento, proporcionando a reinserção social dos pacientes.

Para Carvalho (1994) a dificuldade maior da renovação institucional não está, portanto, na dificuldade de “organizar” sobre novas bases “liberalizadas” a jornada dos internos, mas nos obstáculos que a equipe terapêutica, e aqui o autor refere-se também aos enfermeiros, encontra no esforço de renovar a si mesma com os internos, de tal modo a permitir a si mesma e aos internos, aquisição da própria liberdade subjetiva e objetiva, contestando a não-liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade.

Em relação às estruturas e aos modos de trabalhar, Rotelli et al. (2001) relata a concretização de um novo sistema de saúde mental, nascendo não do externo, mas ao lado e de suporte ao manicômio, através da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes e dos espaços físicos. É exatamente graças a esta desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, inteiramente substitutivas das práticas preexistentes.

Para Amarante (1994) o psiquiatra não faz nada além de sanar tecnicamente a exclusão já atuada pela sociedade, que automaticamente recusa aqueles que não se integram no mesmo sistema. Mas esta ação de exclusão não tem o mínimo caráter técnico-terapêutico, limitando-se a separação entre aquilo que é normal e aquilo que não o é, onde o normal não é um conceito elástico e discutível, mas é algo fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade da qual é o representante neste contexto de determinar a exclusão deste paciente.

Ao mesmo tempo em que negamos nosso mandato social, Basaglia (1985) cita que negamos a rotulação do doente como irrecuperável e, ao mesmo tempo, a nossa função de simples carcereiros, tutores da tranquilidade da sociedade.

Negando a irrecuperabilidade do doente, negamos sua conotação psiquiátrica. O autor ainda completa, se negamos a sua conotação psiquiátrica negamos também a sua doença como definição científica e, negando a sua doença, despsiquiatrizamos nosso trabalho. Recomeçando em um território ainda virgem, por cultivar, e na tentativa de que reconstruir uma relação social mais harmoniosa entre a pessoa diagnosticada com algum transtorno mental e a comunidade em que ela está inserida, tem-se a necessidade de inovar não apenas o tratamento do doente mental, mas e principalmente a relação com o mesmo.

Em alguns países da América Latina, a luta antimanicomial iniciou-se mais tarde. As experiências vividas na Europa e Estados Unidos auxiliaram nesta caminhada.

Em seis países – Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela – realizaram-se encontros nacionais com vários setores, nos quais foram debatidas as linhas da reforma. No Brasil, o encontro de 1.200 pessoas, celebrado em Brasília, em dezembro de 1992, reunindo políticos, usuários, profissionais e os 500 delegados eleitos nas Conferências anteriores, de 23 dos 27 estados do País, pressupôs uma enorme mobilização nacional e um esforço sem precedentes para chegar a um consenso quanto aos princípios, objetivos, e estratégias da reforma psiquiátrica entre todos os agente implicados. Esse é um exemplo de um valente exército participativo, cujos resultados na eficiência do projeto já se evidenciaram na própria Conferência e em seus acordos finais (DESVIAT, 1999).

Desviat (1999) menciona que foi preciso esperar pela década de 90 para que se iniciassem processos de reforma antimanicomial com apoio suficiente entre políticos, técnicos e população para ultrapassar o que era puramente voluntarista e marginal na saúde mental. Processos em pequena escala, como o da Província de Rio Negro, na Argentina, ou em escala federal, no Brasil. O encontro de diretores de programas nacionais de saúde mental dos países sul-americanos, realizados no Rio de Janeiro, em junho de 1993, sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com a presença de consultores internacionais, ao menos assinalou a preocupação nascente com os problemas da saúde mental. Foi o primeiro passo para a quebra de paradigmas.

Amarante (2007) conta que foi em um manicômio que, com mais dois colegas médicos, decidiram dizer não à violência da psiquiatria, denunciando à sociedade a realidade cruel e perversa das instituições psiquiátricas. Mas como eram tempos de ditadura, foram imediatamente demitidos e com eles todos aqueles que ousaram apoiá-los. Refere que outros gritos originaram a criação do Centro Brasileiro de Estados de Saúde (Cebes). Neste contexto, ficou marcado o início do processo da reforma psiquiátrica brasileira que vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos de saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas.

Nesta busca por melhorar o atendimento aos pacientes com doença mental, está a importância de citar outros exemplos que deram certo no Brasil na direção da luta antimanicomial.

Merhy e Amaral (2007) citam que no ano de 1990 marcou uma nova fase na vida das pessoas internadas no então Sanatório Dr. Candido Ferreira. A instituição enfrentava problemas financeiros e pediu ajuda ao poder público municipal. Firmou-se então um convênio de cogestão com a Prefeitura Municipal de Campinas. Esta parceria viabilizou a troca dos dirigentes institucionais, e uma nova forma de cuidar dos usuários da saúde mental começou a ser implementada, processo que dura até hoje. Grades foram retiradas, portas foram abertas, foi abolido o uso da camisa-de-força, do eletrochoque, das punições, das celas-fortes, do uso indevido de medicamentos. A forma mais humanizada de tratar iniciou-se com o processo de desospitalização dos internos e de capacitação deles e da sociedade para um possível convívio social.

De 1990 pra cá, muitos internos descobriram o paradeiro de seus familiares e alguns voltaram a viver com eles. Os idosos, que não mais localizaram suas famílias, estão sendo ressocializados, e hoje a instituição oferece 30 casas localizadas em bairros da cidade de Campinas que funcionam como “repúblicas mistas”, permitindo a maior autonomia e um convívio e participação mais ampliados na sociedade para mais de 130 pessoas (MERHY e AMARAL, 2007).

Com o passar dos anos, muitas experiências foram dando certo na tentativa de quebrar barreiras e trazer os ditos loucos para as vivências em sociedade. As formas foram variadas, mas alguns autores resumem que a premissa inicial de um modo ou outro eram sempre parecidas, a necessidade de movimentos sociais que incluam a pessoa com transtorno mental e as modificações de paradigmas entre os envolvidos com estas pessoas.

Para Desviat (1999) as primeiras experiências desenvolvidas foram na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, mesmo nos primeiros momentos de reforma quanto nos que viriam depois (Espanha, Brasil), em um segundo momento histórico, uma vez conhecidos os problemas de várias décadas de experiências, observam-se as mesmas condições de desenvolvimento. Primeiramente, tem que haver um clima social que permite e exige a conscientização e a denúncia da situação manicomial, com a abertura de um processo de consenso técnico, político e social que possibilite a elaboração de objetivos alternativos. Em segundo lugar, existe um momento de legitimação administrativa, o compromisso de um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma, sem que falte, nas experiências mais sustentadas e inovadoras, um líder mais ou menos carismático que encabece esse esforço.

Para Gama (2008), profundas alterações na assistência pública em saúde mental estão ocorrendo há pelo menos 30 anos. Estas mudanças visam alterar a assistência centrada nos hospitais psiquiátricos, para uma atenção de base mais comunitária, territorializada e não excludente o que é muito solicitada pela reforma psiquiátrica vivenciada por outros países. Na busca de um novo campo de estudo e práticas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) seriam este modelo de serviço integral, anti-manicomial e interdisciplinar em saúde mental.

Outro ponto importante nesta trajetória é a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, representa um marco da reforma psiquiátrica brasileira, estima-se que quase vinte mil pessoas estiveram envolvidas nesse processo de participação e debate entre sociedade civil, usuários, governo e prestadores de serviços. Tal conferência teve como principais

temas: a atenção em saúde mental; a transformação e cumprimento das leis; o direito à atenção e o direito à cidadania (BRASIL, 1992).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de estudo

Esta pesquisa caracterizou-se como uma revisão bibliográfica, em que pretendeu-se analisar artigos sobre as características do estigma e da exclusão social no contexto da saúde mental a partir da base de dados Scielo.

O estudo se desenvolve em cinco etapas: Formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados coletados e apresentação dos resultados (COOPER, 1982).

4. 2 Primeira etapa: Formulação do problema

De acordo com o objetivo do estudo, a formulação do problema se deu através da seguinte questão norteadora: Como se caracteriza o estigma e a exclusão social no cotidiano da saúde mental? De que forma a exclusão social e o estigma influenciam a vida dos portadores de transtorno mental?

4. 3 Segunda etapa: Coleta de dados

Nesta etapa, definiram-se as bases de dados, as palavras chaves: estigmas, exclusão social, doença mental e loucura, os critérios de inclusão e de exclusão bem como o período de busca dos artigos científicos.

As bases de dados eletrônicas utilizadas para a busca de artigos científicos foram: a Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) devido à confiabilidade, atualização dos periódicos e por conter publicações nacionais sobre enfermagem no idioma português.

Estão inclusos artigos que respondam à questão norteadora deste estudo em periódicos nacionais que abordaram a temática do estigma e exclusão social, publicada em idioma português, entre o período de 2005 a 2015, artigos na íntegra com acesso livre on-line e sem custos para o acesso.

Serão excluídos as referências que não responderam a questão norteadora, e aquelas que não se caracterizaram como artigos.

4.4 Terceira etapa: Avaliação dos dados

Após a leitura dos artigos, será dado um número para cada um deles, e os dados serão coletados por meio do preenchimento de um instrumento anexo contendo o número do artigo, título, objetivo, ano/periódico, autores e conclusão/discussão.

4.5 Quarta etapa: Análise e interpretação dos dados coletados

Esta etapa consistiu na síntese, comparação e discussão dos dados obtidos pela leitura dos artigos.

4.6 Quinta etapa: Apresentação dos resultados

Nesta fase serão apresentados os resultados da discussão dos dados obtidos através da leitura dos artigos, de acordo com a pergunta norteadora.

4.6 Aspectos éticos

Conforme os aspectos éticos, nesta revisão integrativa da literatura, serão respeitadas as citações dos autores das publicações que constituíram a amostra contida neste estudo conforme as normas da ABNT.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentadas a análise e discussão de resultados da revisão integrativa que buscou identificar as características do estigma e exclusão social no contexto da saúde mental. Foram encontrados 58 artigos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando-se as palavras chaves.

Destes, 8 estavam repetidos, restando 50 para leitura, aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Dos mesmos, 19 foram excluídos por terem sido publicados antes de 2005, e 16 artigos por não responderem às questões norteadoras. Com isso, esta revisão bibliográfica foi composta por 15 artigos.

A seguir, a descrição dos artigos escolhidos conforme, título, ano/periódico e autores.

N	Título do Artigo	Ano/Periódico	Autores
1	"Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2015	Soraia Cristina Coelho Leite, Cristina Andrade Sampaio, Antônio Prates Caldeira
2	Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário	Physis: Revista de Saúde Coletiva/2014	Octavio Serpa Junior, Rosana Onocko Campos, Nuria Malajovich, Ana Maria Pitta, Alberto Giovanello Diaz, Catarina Dahl, Erotildes Leal.
3	O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ	Texto e Contexto – Enfermagem/2013	Gizele da Conceição Soares Martins; Maria Angélica de Almeida Peres; Alexandra Medeiros Brito de Oliveira; Marluci Andrade Conceição

			Stipp; Antonio Jose de Almeida Filho
4	Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares	Revista Gaúcha de Enfermagem/2013	Jéssica Batistela Vicente; Pamela Patrícia Mariano; Aline Aparecida Buriola; Marcelle Paiano; Maria Angélica Pagliarini Waidman; Sonia Silva Marcon
5	Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental	Ciência e Saúde Coletiva/2012	Raimunda Félix de Oliveira; Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Neusa Goya.
6	O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia	Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)/2011	Alexandre Andrade Loch; Michael Pascal Hengartner; Francisco Bevilacqua Guarniero; Fabio Lorea Lawson; Yuan-Pang Wang; Wagner Farid Gattaz; Wulf Rössler
7	Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana	Ciência e saúde coletiva/2013	Mariana Moraes Salles; Sônia Barros
8	Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial	Ciência e saúde coletiva/2013	Mariana Moraes Salles; Sônia Barros
9	Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial	Saúde em Debate/2013	Mariana Moraes Salles; Sônia Barros
10	Representações sociais do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados	Escola Anna Nery/2011	Leandro Andrade da Silva; Antônio Marcos Tosoli Gomes; Denize Cristina de Oliveira; Maria das Graças Gazel de Souza
11	Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental	Interface – Comunicação, Saúde e Educação/2011	Adriana Leão ⁱ ; Sônia Barros ⁱⁱ
12	Tratamento compulsório e internações psiquiátricas	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil / 2010	Hildenete Monteiro Fortes
13	Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho	Ciência e Saúde Coletiva/2010	Rúbia Cristina Rodrigues; Tanimar Pereira Coelho Marinho e Patricia Amorim

14	Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão	Ciencia e Saúde Coletiva / 2009	Alice Hirdes
15	Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégico de enfrentamento apresentadas por usuários	Revista Gaúcha de Enfermagem / 2013	Ianine Alves da Rocha; Aralinda Nogueira Pinto de Sá; Lucineide Alves Vieira Braga; Maria de Oliveira Ferreira Filha e Maria Djair Dias.

Vejam-se descritos os artigos selecionados para discussão com o título, periódico/ano, autores, objetivos e conclusão/discussão.

N	Objetivo	Conclusão/Discussão
1	Analisar os discursos de pacientes institucionalizados em função da hanseníase, focalizando o estigma e seu enfrentamento para inclusão social.	Constatou-se, nos depoimentos, a força do estigma, bem como seu caráter, aparentemente permanente, no imaginário coletivo acerca da hanseníase.
2	Conhecer a experiência das pessoas com o diagnóstico de transtorno do espectro esquizofrênico, em tratamento nos CAPS, e a experiência dos psiquiatras inseridos na rede pública de atenção à saúde mental.	A temática do estigma ligado aos transtornos mentais, em particular à esquizofrenia, se apresenta tanto na narrativa dos psiquiatras, quanto na dos usuários
3	Caracterizar o estigma vivenciado por portadores de transtorno mental e profissionais de saúde, durante o processo de implantação das Residências Terapêuticas; e analisar a atuação da equipe de enfermagem para a transposição destes obstáculos e implantação das mesmas.	Concluiu-se que o enfermeiro teve papel fundamental ao interferir no processo de estigmatização ao portador de transtorno mental e aos profissionais de saúde mental, mostrando que a mudança na forma da assistência prestada seria uma inovação.
4	Aprender de que modo é percebida a aceitação da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade.	A compreensão sobre a doença é essencial para aceitá-la e aceitar ao doente, e o profissional de saúde precisa estar próximo à família, dando-lhe suporte, esclarecendo dúvidas relacionadas à doença, e apoiando-a para que enfrente as dificuldades que emergirem no cotidiano.
5	Analisar as compreensões dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial sobre a atenção em saúde mental,	Os CAPS são vistos como espaço de convivência capaz de estabelecer redes afetivas e sociais; estigmas, preconceitos e tutela estão presentes

	com foco na integralidade e no acesso.	nos serviços, nas famílias e na comunidade.
6	O presente estudo visou avaliar as atitudes de psiquiatras brasileiros em relação aos indivíduos com esquizofrenia.	Os psiquiatras estigmatizam indivíduos com esquizofrenia e possivelmente têm certa dificuldade em admitir esse fato. Campanhas antiestigma para profissionais de saúde mental devem ser promovidas.
7	Identificar e analisar as dificuldades e as possibilidades de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em construir sua rede social ampliada.	Foi identificado que mesmo vivendo na comunidade está população muitas vezes está segregada, isolada da convivência com outras pessoas; ocorrendo o processo de exclusão social.
8	Possibilitar o convívio social mais amplo dos portadores de sofrimento psíquico, a Reforma Psiquiátrica preconiza a ruptura do modelo de internação hospitalar e a consequente reinserção social desses sujeitos.	Os portadores de sofrimento psíquico ainda são vistos com preconceito por frequentarem um local de assistência psicológica. Além disso, os usuários do serviço não estão inseridos no mercado de trabalho.
9	Identificar os processos de exclusão/inclusão social de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação aos diferentes modelos de atenção à saúde.	O CAPS representa um espaço em que os usuários são aceitos e podem ser como são. Indica-se a necessidade de continuar a favorecer a inclusão social a partir dos desejos e escolhas do usuário.
10	Analisar a representação social do processo de envelhecimento de pacientes psiquiátricos institucionalizados para profissionais de saúde.	O processo de envelhecimento em psiquiatria mostrou-se essencialmente negativa, possivelmente fruto de uma realidade multifacetada, na qual se misturam o abandono familiar, a exclusão social, o isolamento social e as dificuldades da formação profissional.
11	As representações sociais dos profissionais de saúde mental sobre práticas de inclusão social e os conceitos norteadores são a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização italiana.	A inclusão social é uma bandeira da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Já no processo de exclusão social estão imbricados aspectos políticos, econômicos e sociais que não podem ser enfrentados apenas por meio da área da saúde.
12	Traçar um perfil histórico das diferentes interpretações da loucura.	A legislação brasileira passou garantir os direitos e deveres tanto dos doentes mentais como dos médicos que deles cuidavam, garantindo o respeito à dignidade humana em toda a sua essência, inclusive no que tange a autonomia do paciente.
13	Compreender a relação entre trabalho, adoecimento mental e reabilitação psicossocial a partir de narrativas de pessoas portadoras de transtorno mental usuárias de	Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso no mundo do trabalho.

	substâncias psicoativas sobre o sentido do trabalho.	
14	Abordar conceitos de desinstitucionalização e reabilitação de autores de tradição basagliana, assim como autores americanos e ingleses que discutem a questão da reabilitação/trabalho/saúde mental.	Um dos maiores obstáculos diz respeito à inserção no mercado de trabalho formal, em razão da competitividade e da necessidade do estabelecimento de uma nova perspectiva na relação doença mental sociedade.
15	Identificar os principais problemas apresentados por usuários da terapia comunitária e identificar as estratégias que utilizam no enfrentamento das situações que provocam sofrimento emocional.	A TCI é um espaço onde as relações construídas transmitem apoio emocional, fortalecem vínculos e diminuem os casos de exclusão social.

Dos 15 artigos selecionados, 5 estão relacionados às características do estigma na saúde mental, 7 trazem a exclusão social neste contexto, 1 fala do estigma e exclusão social no meio familiar e 2 relacionam-se ao mercado de trabalho como discussão/conclusão dos autores que o produziram.

5.2 O estigma no contexto da saúde mental

Neste capítulo, serão apresentadas as características do estigma no contexto da história da loucura e Saúde Mental.

Os autores dos artigos selecionados para o estudo citam vários fatores que caracterizam o estigma no contexto da saúde mental como: o estigma interfere na qualidade de vida, como uma marca, o estigma ligado à dificuldade de ingresso no mercado de trabalho, ao adoecimento e a outras características citadas a seguir.

Uma das características mais mencionadas nos estudos analisados refere o estigma à uma marca. Para Soraia, Sampaio e Caldeira (2015) o estigma apresenta-se como uma marca para os portadores de hanseníase, que pode ultrapassar o discurso da cura, ampliando a imagem desta doença e marcando a história da vida destes indivíduos, afetando não só a parte física, mas também o lado psicológico acentuando o preconceito e o tornando invisível para a sociedade.

Já Goffmann (1978) define o estigma como marca também com uma conotação negativa atribuída à pessoa em suas relações sociais, sendo a base desse comportamento a rejeição e a diferenciação, formando uma barreira para as trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade e para a inserção dele no mercado de trabalho.

Vicente et al. (2013) citam que outra marca que a pessoa acometida por transtorno mental traz consigo é o sentimento de culpa de seus familiares, que procuram saber sempre onde erraram.

Outra característica do estigma na questão da saúde mental diz respeito ao adoecimento desta pessoa, que traz consequências para o seu relacionamento com a sociedade.

Em um estudo realizado com psiquiatras, que traz à experiência narrativas e conhecimentos destes profissionais que lidam com pacientes diagnosticados com esquizofrenia, citam que o estigma está ligado diretamente à experiência de adoecimento e seus efeitos sobre a sua vida, aquilo que ele e os outros supõem que possa ou não fazer (JUNIOR et al., 2014).

Já no artigo de Loch et al. (2011) concluem que os psiquiatras estigmatizam os pacientes com esquizofrenia e que esses têm dificuldades de admitir este fato. Aparentam ter a mente aberta e tolerante desde que a sua privacidade ou interesses não estejam envolvidos, mas no momento que isto é quebrado tornam-se tão estigmatizantes e preconceituosos como outra pessoa qualquer.

A qualidade de vida das pessoas com algum transtorno mental também é afetada pelo estigma que sofrem da sociedade.

Soraia, Sampaio e Caldeira (2015) citam que o estigma pode sim agir de maneira significativa no sentido que o acometido pela doença tem a sua qualidade de vida interferida, e também a relação com a sua própria história de vida, suas memórias, suas relações e rearticulando-o no contexto social, enfraquecendo os laços sociais, dos quais faz parte.

Outra característica do estigma no contexto da saúde mental apontada por alguns autores dos artigos selecionados referem-se a sua interferência nas relações sociais, familiares e no direito da cidadania.

Martins et al. (2013) citam o estigma nas relações sociais, em que a estigmatização sofrida pelo acometido com transtorno mental de forma desumana, reflete a dificuldade de aceitação deste grupo social. Além do não reconhecimento de suas capacidades e de seus direitos. Relata que o estigma o torna diferente dos ditos normais. Uma pessoa estragada e diminuída.

Para Oliveira, Andrade e Goya (2012) o estigma tem como característica a desvalorização do outro, reforçando o desrespeito aos seus direitos de cidadão, assim como a compreensão de estarem despossuídos de várias relações que a sociedade oferta, as quais os autores exemplificam como as relações com seus familiares e seus vizinhos.

Nesta mesma linha de pensamento, Vicente et al. (2013) relatam que o estigma e o preconceito estão presentes não somente na sociedade, mas também no seio familiar, influenciando negativamente a convivência com esta pessoa que sofre de alguma doença mental.

Na tentativa de melhorar as relações com os estigmatizados, alguns autores citam a necessidade de desestigmatizar.

Soraia, Sampaio e Caldeira (2015) problematizam esta questão, dizendo que a informação sobre a doença não é um desafio fácil, uma vez que a sua relação com as teias do imaginário social, permeado de estigmas, vem de tempos remotos. Ressaltam que se faz necessária uma ampla discussão sobre a doença e sua forma de abordagem, assim como uma problematização da representação social da mesma, para que o estigma atenuar-se de forma a reduzir as perdas para os portadores de doença mental.

Martins et al., (2013) em seu estudo, concluíram que o enfermeiro tem papel fundamental, através de sua interferência no processo de desestigmatização sobre o

portador de doença mental, e que tal fato se deu através de orientações e esclarecimentos a diferentes segmentos da sociedade, na tentativa de melhor aceitação desta pessoa que sofre com o estigma da doença mental.

A dificuldade de ressocialização das pessoas com algum transtorno mental, em relação ao estigma que eles trazem historicamente, reduz suas perspectivas de ingressar no mercado de trabalho e, em alguns casos, a falta de trabalho ocasiona ou acentua o adoecimento destas pessoas.

No artigo dos autores Rodrigues, Marinho e Amorim (2010), o estigma e o preconceito estão relacionados às pessoas portadoras de transtorno mental e às usuárias de substâncias psicoativas é um fator decisivo para a exclusão do mundo do trabalho. Além do estigma da doença mental, é comum haver outros fatores ligados ao preconceito social, dentre eles ser negro, obeso e homossexual, estes fatores dificultam em muito que estas pessoas possam se reestruturar e obter uma autonomia tão solicitada pela reforma psiquiátrica.

Hirdes (2009) aponta o estigma como a maior barreira para o emprego no mercado de trabalho destas pessoas com habilidades psiquiátricas. Relata que a origem do estigma é a frequente caracterização negativa das pessoas com doença mental pelos meios de comunicação de massa. A falsa caracterização dos portadores de distúrbios mentais como emocionalmente instáveis, irracionais e perigosos reflete as atitudes das pessoas leigas em relação às pessoas com algum transtorno mental que buscam sua liberdade plena.

Com estas análises, a reflexão sobre a interferência do estigma em relação à pessoa com transtorno mental fica evidente que o mesmo está presente e que toda a sociedade tem papel importante neste contexto. Historicamente, a doença mental segrega a sociedade através da exclusão, preconceito e estigmatização.

5.2 A exclusão social e suas características em relação à saúde mental

Neste capítulo serão apresentadas as características da exclusão social no contexto da Saúde Mental.

Assim como o estigma, a exclusão social tem apresentado influências no tratamento da doença mental. Aspectos como o medo, a exclusão presente dentro da própria família, o esquecimento, o rompimento com a vida em sociedade e a falta de amizades, são alguns destes sentimentos apontados pelos autores dos artigos pesquisados, que serão abordados a seguir.

O sentimento de culpa aparece como uma das características da exclusão quando relacionamos com a doença mental.

Para Vicente et al. (2013) a exclusão social do portador de transtorno mental passa pelo sentimento de culpa, em que os familiares procuram erros que possam ter cometido no passado na tentativa de compreender e explicar o aparecimento da doença mental. Defende que este sentimento é um grande obstáculo para a aceitação deste doente na família e na sociedade por limitar o relacionamento interpessoal. Somando-se a isto, a vergonha e o constrangimento dos familiares sempre que houver um comportamento dito inadequado para os moldes da sociedade, dificultando a convivência.

No contexto da saúde mental, a exclusão social pode ter como um de seus elementos excludentes as instituições hospitalares, reflexo ainda da lembrança dos manicômios.

Salles e Barros (2013) fazem uma constatação em seu artigo, em que os serviços de internação, que atendem pacientes com algum transtorno mental, estão constituídos para atender apenas o momento de crise, utilizados por um curto período de tempo. Estes autores trazem que as pessoas com transtorno mental podem passar longos períodos fisicamente excluídas da sociedade, isoladas e segregadas nos manicômios, desaparecendo do convívio social. Seguindo esta linha de pensamento, eles ainda relatam o hospital como responsável pela exclusão

social, pois são nestes locais que, decorrente da doença, tornam-se a casa dos pacientes e os mesmos veem a sua vida girar em torno das atividades do hospital. Confirmando que nos hospitais psiquiátricos a vida em sociedade é dilacerada. A exclusão social rotula a pessoa com diagnóstico de alguma doença mental como incompetente para viver fora do hospital.

Outra característica presente na exclusão social vivida pela pessoa com transtorno mental é a falta de amizades.

Para Salles e Barros (2013) as pessoas com transtorno mental encontram dificuldades em construir a sua rede de relacionamentos. O preconceito e a falta de opções de engajamento em atividades do contexto social são fatores que podem influenciar negativamente a constituição da rede de relacionamentos. Assim, estas pessoas são excluídas e podem cair em um ciclo vicioso de isolamento em que a falta de amizades gera falta de opções sociais, e a falta de opções sociais gera falta de amizades.

A exclusão do convívio social se faz presente há muitos séculos, mesmo após a reforma psiquiátrica, as marcas deixadas são muito profundas. Aliada a esta questão está a internação compulsória, que nos faz pensar até onde vai a responsabilidade do profissional que lida com o paciente que sofre de transtorno mental.

Segundo Fortes (2010), a internação compulsória imposta ao paciente e ao médico, nem sempre baseado em laudos ou avaliações de psiquiatras, leva preocupação aos profissionais médicos, por caracterizar a chamada judicialização de ato médico. A internação involuntária, como o tratamento involuntário de uma forma geral, suscita uma série de questões éticas, devido à privação de liberdade do paciente, trazendo, inevitavelmente, um conflito entre dois dos princípios exercidos na prática médica, a autonomia do paciente e a ação benéfica do paternalismo médico.

O autor supracitado ainda inclui o Código Penal e a Lei Federal nº 10.216 que diz que se for necessária a internação involuntária em estabelecimentos com

características hospitalares, deve ser preservada a dignidade humana, garantindo ao paciente segurança e humanização no seu atendimento, com o mínimo possível de permanência na unidade hospitalar e o seu retorno ao convívio familiar e social. Mesmo que esta atitude pareça ser a mais correta, não se pode esquecer que por traz da doença e da crise está uma pessoa que sofre com a exclusão.

Nas tentativas de reinserção dos pacientes que sofrem de algum transtorno mental, o trabalho aparece com o propósito de ressocialização e autonomia essenciais para estes cidadãos.

Para Rodrigues, Marinho e Amorim (2010) os processos de exclusão social dos pacientes com transtorno mental ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social, relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Uma das buscas da reforma psiquiátrica para a independência e autonomia dos pacientes é a retomada ou inserção destes ao mercado de trabalho.

Hirdes (2009) relaciona também o trabalho como uma ferramenta que funciona muito bem para a quebra da exclusão exercida pela sociedade. Para que isto ocorra, o autor remete à necessidade de múltiplas estratégias para este enfrentamento, como um diálogo maior e mais próximo entre o dito louco com a sociedade. O que poderia refletir em uma sociedade que inclua a loucura no meio de trabalho, o acolhimento a esta pessoa que sofre com o transtorno mental, e ainda a valores humanos pautados na ética com os mais frágeis. Uma alternativa desta construção de estratégias seria uma parceria com os setores empresariais mais comprometidos com a questão social, sempre assessorados pelos profissionais de saúde, para que deem o suporte tanto para o usuário como para estes empregadores que se dispõem a enfrentar este paradigma imposto pela doença mental de inutilidade.

A busca pela cidadania no contexto da saúde mental apresenta-se como uma ferramenta que tenta inserir as pessoas que sofrem historicamente com a exclusão social.

Segundo Hirdes (2009) a reforma psiquiátrica introduziu no campo da doença mental a noção de cidadania a estas pessoas. Dessa forma, as ações coerentemente deverão ser centradas na busca dessa cidadania pelos profissionais e usuários. Este conceito de cidadania poderá se dar em termos de produção, como também em termos da qualidade de vida alcançada com o processo de reabilitação e, sobretudo, quando as pessoas se reconhecerem como sujeitos que podem intervir para mudar a própria realidade. Da cidadania francamente vivida à cidadania emancipada, sobrepõem-se desafios éticos que deverão ser respondidos pela construção de uma sociedade mais tolerante, em que a possibilidade venha substituir a centralização na razão, na tentativa de redução da exclusão social que caminha lado a lado com a pessoa que sofre com a doença mental.

Na tentativa de redução do sofrimento causado pela doença mental, criou-se a Terapia Comunitária Interativa (TCI), que surgiu com o intuito de reduzir a exclusão social.

A TCI é um espaço no qual as relações construídas transmitem apoio emocional, criam vínculos entre seus participantes. Incluem-se nessa terapia familiares, usuários, equipe multiprofissional e comunidade, na tentativa de inclusão das pessoas que sofrem com a doença mental. (ROCHA, 2013).

Segundo Rocha (2013), a importância da TCI como uma estratégia de promoção da saúde mental que auxilia o trabalho das Equipes de Saúde da Família, permite compreender os conflitos existentes nas famílias e traçar condutas com maior poder de resolutividade frente aos usuários. Não se pode negligenciar que a TCI é um espaço no qual as relações construídas transmitem apoio emocional, fortalecem vínculos, diminuem os casos de exclusão social, e instigam a capacidade resiliente individual e grupal. É uma ferramenta de cuidado de baixo custo e os objetivos, segundo o artigo, estão sendo alcançados.

Estas análises refletem a importância do diálogo entre os serviços e a importância da sociedade na quebra de estigmas e ressocialização dos ditos excluídos, mostrando que vários caminhos podem ser traçados para a quebra de paradigmas historicamente presentes na vida destas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar as características do estigma e da exclusão social no contexto da saúde mental. Constituiu-se de uma revisão bibliográfica, baseada no método de Cooper (1982), na qual foram analisados 15 artigos brasileiros, de variadas abordagens metodológicas, publicados de 2005 a 2015 na plataforma SCIELO.

Foram identificadas várias características do estigma e da exclusão social no complexo contexto da saúde mental, assim como a dificuldade de ingresso no mundo do trabalho, a falta de amizades e a caminhada da reforma psiquiátrica para a mudança de panorama na saúde mental.

Em relação ao estigma no contexto da saúde mental, vários autores o citaram como uma marca. No sentido trazido nesta análise, essa marca pode gerar prejuízos para a vida em sociedade. Além disso, o estigma interfere no ingresso da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho, nas relações de amizades, na qualidade de vida, no sentimento de culpa dos familiares. Há um forte estigma por parte dos próprios profissionais de saúde frente aos indivíduos com transtornos mentais, interferindo no cuidado a ele e no seu direito à saúde e cidadania, e isso tem uma origem histórica, relacionado ao lugar dos doentes mentais e nas relações de poder estabelecidas nas sociedades em diversos tempos.

Já na identificação das características da exclusão social na saúde mental, os autores dos artigos analisados trouxeram aspectos como a imposição dos

manicômios para exemplificar o afastamentos dos usuários do meio social, a falta de amizades, a exclusão presente dentro da própria família e aqui, novamente, encaixa-se o sentimento de culpa. Na tentativa de reinserção destas pessoas, alguns autores mencionam a importância do trabalho, a Terapia Comunitária Interativa (TCI) e, com a reforma psiquiátrica, a busca da cidadania dos indivíduos com transtorno mental.

Este estudo nos mostra o quão amplo é este assunto e como ainda é difícil para quem está ao lado das pessoas que apresentam algum transtorno mental em despir-se de seus preconceitos para compreender o que se passa com estes indivíduos, que historicamente sofrem com a exclusão social e o estigma que a doença mental traz consigo.

Ao mesmo tempo em que este tema é amplo, por possibilitar o debate em torno das deformidades físicas, cognitivas, das relações profissionais, da inclusão social, o que se pretendeu nesta análise foi identificar a dificuldade que os profissionais que atendem pessoas com algum transtorno mental especificamente, apresentam para conseguir lidar e inseri-los no meio social, desprender-se de seus julgamentos e aprimorar o atendimento prestado a estes indivíduos.

O estigma e a exclusão social são assuntos delicados e velados que merecem mais pesquisas e ampliação das discussões sobre o tema, pois a reforma psiquiátrica não é só a desconstrução dos manicômios, mas sim algo mais extensivo, que inclui toda a sociedade na tentativa de melhorar as relações da sociedade para com as pessoas com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2007.

BASAGLIA F. **Embusca de necessidades perdidas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília, DF; 2003: 135-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Conferência Nacional de Saúde Mental (2.: Brasília 1992) **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso 07 de out. 2015.

COOPER, H.M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v.52, p. 291-302, 1982.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 2, p. s321-s330, Dec. 2010. Disponível em:
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 05 out. 2015.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. **Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reformatória psiquiátrica brasileira**. 2008. Disponível em: <http://www.bdtu.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2013-05-13T145221Z-3157/Publico/Jairo%20Gama-tese.pdf>. Acesso 02 out. 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Marcia Bandeira de Mello Leite Nunes [trad]. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

HIRDES, Alice. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, Fevereiro de 2009. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso 10 out. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza **Metodologia da pesquisa em saúde**. Florianópolis: 2002. Florianópolis, 2011. (2ª edição, 3ª re-impressão).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.

MENDES, KDS. SILVEIRA, RCCP. GALVÃO, CM. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. de KDS Mendes 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso 12 Abr. 2015.

MERHY, Emerson Elias; AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2007.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de and GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 3069-3078. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lang=pt> Acesso em 03 jun. 2015.

ROCHA, Ianine Alves da et al. Terapia comunitária integrativa: situações de sofrimento emocional e estratégias de enfrentamento apresentadas por usuários. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 155-162, Setembro de 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso 11 out. 2015.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patricia. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p. 1615-1625, Junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073&lng=en&nrm=iso>. Acesso 10 Out. 2014.

ROTELLI, Franco; LOENARDIS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

SALLES, Mariana Moraes and BARROS, Sônia. **Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial**. *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.97, pp. 324-335. ISSN0103-1104. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042013000200014&lang=pt> Acesso 29 mai. 2014

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva. **Direito e saúde mental**: percurso histórico com vistas à superação da exclusão. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte , v. 17, n. 1, abr.2011. Disponível: em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso 8 de ago. 2015.

SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; SOUZA, Fernanda Silva de; SANTOS, Cláudia Verônica Salvador Caldeira dos. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. **Textocontexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. spe, p. 79-87, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso 05 jul. 2015.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2010, vol.10, suppl.2, pp. s321-s330. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009&lang=pt> Acesso 17 abr. 2014.

TUNDIS, Silvério Almeida, Costa, Nilson do Rosário (org). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 8ª edição. Rio de Janeiro: Ed Vozes, 2007.

VILLELAS, S. C.: Scatena, M. C. M. A enfermagem e o cuidado na área da saúde mental. **Revista brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF) 2004 NOV/DEC;57(6)748-741.

ZIONI, F. **Exclusão social**: noção ou conceito?. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 15-29, set/dez., 2006.

